

# Best of en dermatologie infectieuse et tropicale



Pr Eric Caumes,  
Service des Maladies  
Infectieuses et Tropicales  
Hopital Pitié Salpêtrière  
Paris, France



# FdR erysipèle jambe en Tunisie

<b>114 cas vs 208 témoins</b>	<b>OR</b>	<b>CI 95 %</b>
Surpoids	1.3	0.6-2.9
Atcd chirurgical Mb Inf	5.2	0.8-34
Rupture barrière cutanée	13.6	6.3-31
Insuffisance veineuse	0.7	0.3-1.6
Lymphoedeme	19.1	1.1-331

# Erysipèle récurrent : 47 cas

- 47 pts; 62 ans (30-94); M/F : 1,2.
- 4,1 récurrence/pt (2-10); Mb inf/sup : 85/6%
- Rupture barrière cutanée (80%), IIDP (59%), ulcère de jambe (29%)
- Oedème de jambe (55%), atcd trauma MI (29%), insuf veineuse (44%), insuf lymphatique (46%)
- Prophylaxie antibiotique (BBP, Peni A): 32/47 (68%) pdt 30 mois, bas de contention 27/47 (57%)
- Récurrence-free (24 adherent subject):
  - 21/24 (**84%**) à un an
  - 18/24 (**72%**) à deux ans

# Erysipèle récurrent malgré prophylaxie: 8 cas; facteurs de récurrences

- Non compliance avec la prophylaxie (espacement trop important entre 2 IM de BBP)
- Erreur sur la prophylaxie (procaine peni G vs BBP)
- Agent infectieux en cause (S.aureus vs S.pyogenes)

Controler la compliance

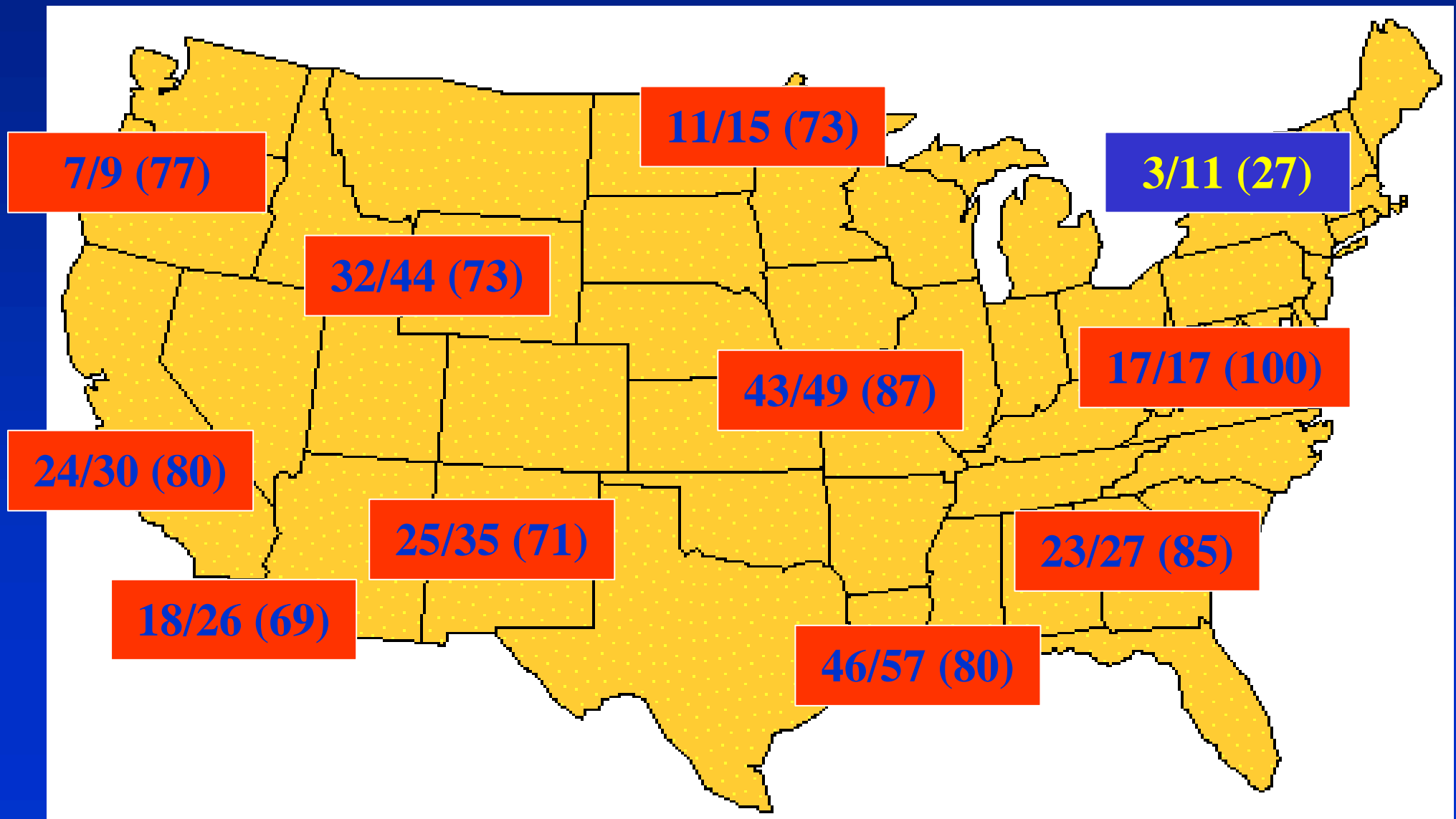
Reconsidérer le diagnostic

Raccourcir le délai entre 2 IM de BBP (2,4 M UI/2 sem)

Augmenter la dose orale quotidienne

Modifier le traitement (clindamycine)

# SARM Urg méd USA ; 422 SSTI; Absés : 81%, 249 SARM / 320 SA (78%)



# FdR SARM Urg méd USA ; 422 SSTI; Abscs : 81%, 249 SARM / 320 SA (78%)

249 SARM vs 71 SASM	OR	CI 95 %
Non Hispanic black	1.9	1.1-3.4
AB < 12 mois	2.4	1.3-4.3
Piqûre d'araignée	3	1.6-5.7
Atcd de MRSA	3.4	1.1-10
Contact proche avec pers	3.8	1.6-9.3

Moran GJ et al. NEJM 2006; 355 :666-674

# Impact de l'ABthérapie adaptée sur l'évolution des SARM-CO « uncSSTI »

	Adaptée	Inadaptée	OR (CI95)
N =	312	219	
HCA	105 (34%)	75 (34%)	1.03
Abcès	209 (67%)	152 (69%)	1.12
Mb Inf	114 (37%)	82 (37%)	1.04
I + D	249 (80%)	178 (81%)	0.9
Echec	16 (5%)	29 (13%)	2.8 (1.4-5.3)

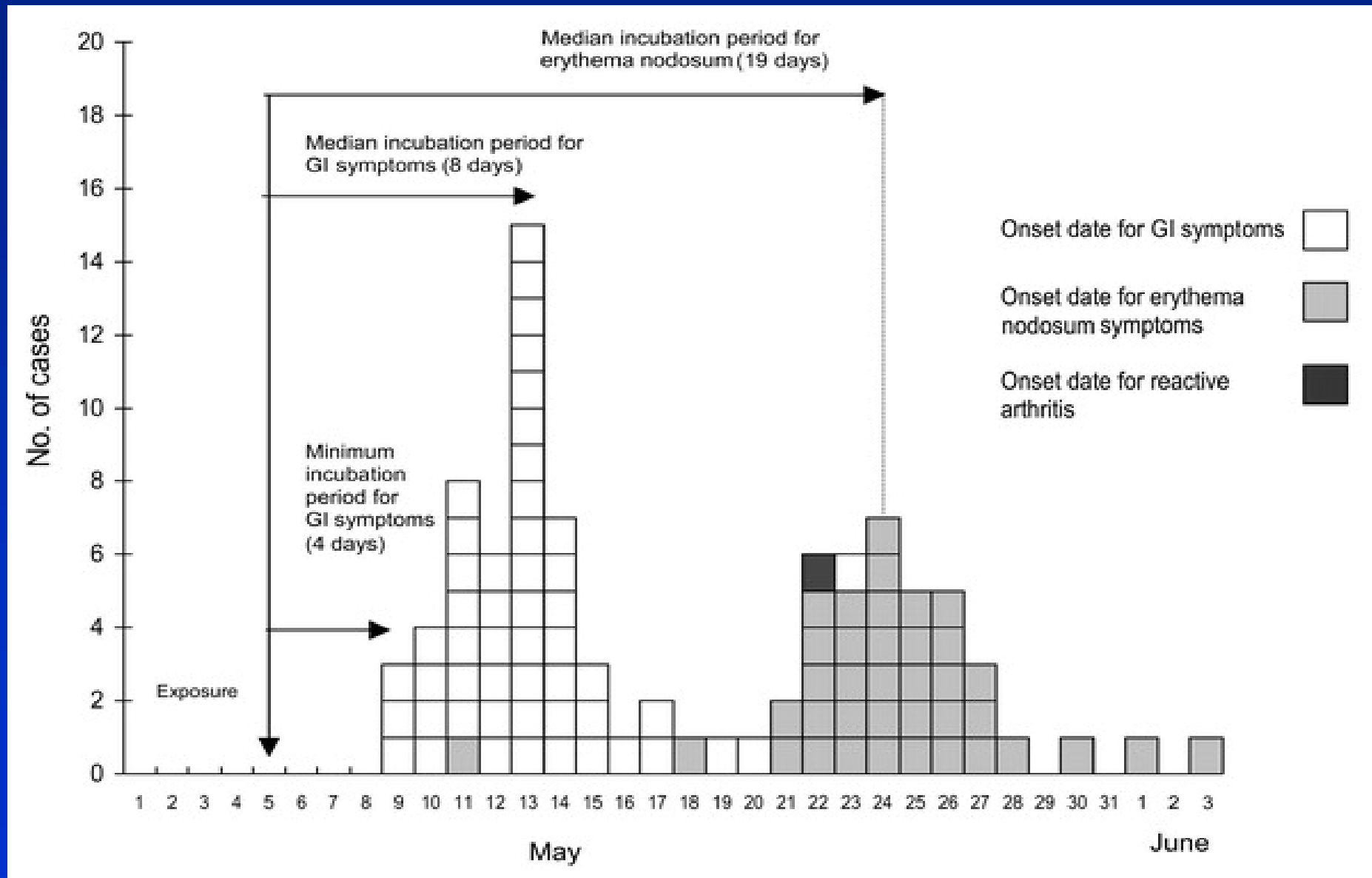
Les pts avec SARM-CO uncSSTI « devraient bénéficier » d'une AB adaptée



# Interet de l'AB dans le Tt des « unc SSTIs » à l'ère des SARM-CO

- Le drainage chirurgical est le Tt ppal des abcés
- Mais pas de preuve de l'interet d'un AB/seul drainage
- L'apparition de SARM-CO remet elle cela en cause ??
- L'étude de Ruhe est la 1ère à montrer un bénéfice de l'AB adaptée et il s'agit de l'étude la + rigoureuse (critère de jugement, nb de pts, design) même si retrospectif, non randomisée
- Mais la majorité des pts bénéficient du seul geste chirurgical (I+D) et d'une ABthérapie inadaptée

# Signes GI et Erythème noueux dus à *Yersinia pseudotuberculosis*





# Le polymorphisme des TLR 2 contrôle la sévérité de HSV 2 genital

Sont associés à une excretion virale accrue et à un nombre de récurrences cliniques augmenté :

1. Les deux haplotypes 2 et 4 des TLR2 ( $p = 0.008$  et  $p = 0.03$ )
2. Une simple substitution nucleotidique (-15607A/G) dans l'haplotype 2 des TLR ( $p = 0.01$  et  $p = 0.008$ )

# Herpès labial récurrent : aciclovir topique à délivrance iontophorétique (1x)

	Aciclovir	Placebo	p =
<b>N =</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	
<b>Erytheme</b>	<b>26%</b>	<b>29%</b>	
<b>Papule/oedeme</b>	<b>74%</b>	<b>71%</b>	
<b>Durée P/o</b>	<b>113 h</b>	<b>148 h</b>	<b>0.02</b>
<b>Durée Er</b>	<b>49 h</b>	<b>120 h</b>	<b>0.03</b>
<b>% abortif Er</b>	<b>46 %</b>	<b>24 %</b>	<b>0.10</b>

# Herpès génital récurrent : resiquimod 0.01% crème vs excipient (2x/semx3sem)

	<b>Excipient</b>	<b>Resiquimod</b>	<b>p =</b>
<b>N =</b>	<b>36</b>	<b>39</b>	
<b>Durée récur</b>	<b>7 jrs</b>	<b>7.9 jrs</b>	
<b>Nb récur/an</b>	<b>7.5</b>	<b>7.5</b>	
<b>Excrétion virale</b>	<b>22%</b>	<b>3%</b>	<b>&lt; 0.001</b>
<b>Recurrence</b>	<b>26%</b>	<b>10%</b>	<b>0.009</b>
<b>Time to 1st récurrence</b>	<b>41 jrs</b>	<b>28 jrs</b>	<b>0.25</b>



# VZV récurrent chez un pt immunocompétent

- Homme, IC, Varicelle à l'âge de l'âge de 6 ans
- 1<sup>er</sup> Zona OPH à l'âge de 30 ans
- 2eme zona thoracique à l'âge de 35 ans
- 2 isolats de VZV différents sur le plan génotypique (clade A et clade B)

=== 1ere preuve de la possibilité de persistance virale latente de plus de 1 souche; et donc d'une infection antérieure successive ou concomittante par 2 souches différentes de VZV



# Dermatoses du SRI chez pt VIH

HPV cutané c/o Homme de 48 ans, VIH +, HAART, 3 à 31 CD4/mm<sup>3</sup>, 96.000 à < 200 copies/ml; Tt par cidofovir pommade x 2/jr sous occlusif puis 1/jr puis 1jr/2 pdt 8 mois plus laser CO<sub>2</sub>; rémission complète.

- Herpes génital
- HPV génital = Buschke – Loewenstein like
- Leishmaniose cutanée
- Folliculite à eosinophiles

Kerob D et al. Clin Inf Dis  
2007; 45: 405-406

**Une nouvelle forme  
de lipodystrophie  
associée  
au traitement  
antirétroviral.**



Palella FJ Jr et al. *Jama* 2006; 296: 766-8

**« Ce qu'on sait,  
savoir qu'on le sait,  
ce qu'on ne sait pas, savoir qu'on  
ne le sait pas,  
c'est savoir véritablement »**

**Confucius (551 – 479 avant JC)**